INTERPOSICIÓN LINGUAL EN REPOSO. FACTORES ASOCIADOS Y ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN EN NIÑOS DE 3 A 14 AÑOS

Autor: Dra. Laura A. Díaz Ortega, Estomatólogo especialista de segundo grado en ortodoncia. Máster en atención de urgencias en estomatología. Profesor auxiliar Clínica estomatológica docente Raúl Glez Sánchez. San Antonio de los baños. Cuba. Email: laudiaz@infomed.sld.cu

Coautores: Yaíma Delgado Díaz, Damaris Glez Valdés, Pedro C. Alemán Sánchez.

RESUMEN

Introducción: Existen discrepancias respecto al comportamiento primario o secundario de la lengua en la aparición de determinadas maloclusiones, por lo que es imprescindible realizar un análisis funcional profundo, donde además de la función lingual, se evalúe su postura durante el reposo. **Objetivos:** La investigación se propuso determinar la prevalencia según edad de la interposición lingual en reposo, así como los factores de riesgo y alteraciones de la oclusión asociadas a ella. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en niños de 3 a 14 años de edad en la provincia La Habana, examinando una muestra de 520 niños. Los datos se obtuvieron por anamnesis y observación clínica, se recogieron en una planilla y se calcularon Tasas Estimadas y Porcientos, procesados en la hoja de cálculo Excel. **Resultados:** Se encontró una relación significativa entre los hábitos de Respiración bucal y Succión del tete con la lengua interpuesta durante el reposo. La presencia de relaciones borde a borde incisal o mordida abierta anterior unido a la Disfunción labial fueron los factores que mayor asociación mostraron con la interposición lingual en reposo. **Conclusiones:** La mayor prevalencia de interposición lingual en reposo según grupos de edad se encontró en pacientes entre 6 y 11 años de edad, seguida del grupo de 3 a 5 años. La Respiración bucal y Disfunción labial fueron los factores de riesgo más significativos y donde no existía presencia de Sobrepase se encontró el mayor número de afectaciones.

Palabras claves: Interposición lingual en reposo, factores de riesgo, anomalías de oclusión.

INTRODUCCIÓN

La protracción lingual como posible condición de factor de riesgo ha sido discutida ampliamente en la literatura, unos la consideran patrón anormal de deglución, mientras que otros la definen como una variedad en el patrón de deglución normal que en muchas ocasiones es una consecuencia y no una causa de la anomalía dental presente; quienes sostienen esta segunda opinión plantean que no es la deglución sino la posición en protrusión de la lengua durante el reposo la causante de la deformidad.¹⁻³

Proffit refiere que 1000 degluciones diarias son insuficientes para alterar el equilibrio. Sin embargo, si un paciente mantiene una posición de reposo anterior de la lengua, la duración de esa presión aunque sea leve, podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes. Ocasionalmente, la protrusión de la punta de la lengua se asocia a una alteración de la postura lingual, mientras que si esta es normal, la deglución con protrusión carecerá de consecuencias clínicas. Esto se refleja de manera práctica en un estudio donde se compararon los niños con mordida abierta anterior con igual cantidad de niños de similar edad que presentaron deglución con protrusión lingual, lo que arrojó que los niños mayores de 6 años con este tipo de deglución superan 10 veces a los que tienen mordida abierta anterior. Por tanto no existen motivos para pensar que la deglución con protrusión lingual siempre implique que está alterada la posición de reposo y que se producirá maloclusión.^{4, 5}

A pesar de las discrepancias existentes respecto al comportamiento primario o secundario de la lengua, es imprescindible la realización de un análisis funcional más profundo, donde además de la función lingual, se evalúe el papel de la postura, tamaño y forma de la lengua como posibles factores etiológicos en la producción de maloclusiones características, incluso en aquellas que se manifiestan componentes morfogenéticos.

Algunos investigadores creen que la postura de la lengua es más importante que su función y Graber lo demuestra en una serie de estudios donde compara la postura lingual en la posición de reposo y en la de oclusión, descubriendo que existe un nexo entre las diferentes maloclusiones y la postura que puede adoptar la lengua.⁶

La lengua tiene una infinidad de movimientos y se adapta fácilmente a las irregularidades de la cavidad bucal; por eso su postura tiene relación con las alteraciones presentes en el medio bucal. La posición normal de la punta de la lengua se relaciona a la dimensión anteroposterior y vertical de la cavidad oral.

Para Vellino existen dos formas de definir la postura normal de reposo de la lengua: una donde toda la parte anterior de la lengua contacta con la papila palatina y otra donde el dorso de la lengua toca levemente el paladar, mientras que la punta normalmente está en reposo en la fosa lingual o surco de los incisivos inferiores.⁷

Al referirnos al tamaño y forma de la lengua sabemos que existen numerosas variaciones y a su vez métodos clínicos que determinan la existencia o no de deformidades en esta masa muscular. Los casos con presencia de macro o microglosia se correlacionan con determinados síntomas de la zona dentoalveolar y el patrón esquelético, que se deben tener en cuenta en la valoración.⁸

Una vez que se valore la magnitud de la fuerza y se examinen las relaciones dentoalveolares y esqueléticas, podrá emitirse un diagnóstico diferencial certero acerca del comportamiento funcional primario o secundario de la disfunción lingual. En el primer caso, la función y postura anormales de la lengua constituyen factores causales que originan maloclusiones localizadas, mientras que en la disfunción compensatoria hay deformidad previa de las estructuras esqueléticas y la lengua solo se adapta secundariamente a esta situación.

Sin embargo, las consecuencias de la postura y función anómalas de la lengua sobre la superficie dentoalveolar dependen también del patrón esquelético. En un paciente con tendencia al crecimiento horizontal, la presión lingual anterior puede provocar protrusión bimaxilar y a menudo separación entre los segmentos incisivos; mientras que un patrón de crecimiento vertical, la postura lingual puede abrir la mordida e inclinar lingualmente los incisivos inferiores, favorecido este último por un constante chupeteo del labio inferior.^{6, 9, 10}

Con lo expuesto anteriormente podemos percatarnos de las múltiples aristas que presenta la interposición lingual en reposo, en cuanto a su comportamiento y posibles consecuencias. Nuestro estudio pretende un acercamiento al problema desde el punto de vista epidemiológico para conocer cómo se manifiesta esta realidad en nuestros niños y que este constituya un instrumento previo para la planificación de programas de promoción, prevención y curación.

Los objetivos propuestos son determinar la prevalencia según edad de la interposición lingual en niños de 3 a 14 años de la provincia La Habana, identificar los factores de riesgo y las alteraciones de la oclusión asociadas a la interposición lingual en reposo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el comportamiento de la interposición lingual en reposo en todos los niños de 3 a 14 años de edad de 8 consultorios de los municipios San Antonio de los Baños, Santa Cruz del Norte y Mariel de la provincia La Habana, 2004. El universo fue de 156 837 individuos y la muestra de 520 niños. Los datos se obtuvieron por anamnesis y observación clínica, se recogieron en una planilla y se calcularon Tasas Estimadas y Porcientos, procesados en la hoja de cálculo Excel. Para determinar asociación significativa entre la Interposición Lingual en reposo y las características biológicas estudiadas se usó la prueba Chi cuadrado de independencia y el OR.

RESULTADOS

Tabla No 1: Porcentaje de la interposición lingual en reposo relacionado con la succión del tete.

Succión del tete	ILR				Total	
	SI		NO		No	%
	No	%	No	%	No	%
SI	21	22.8	71	77.2	92	17.7
NO	63	14.7	365	85.3	428	82.3
Total	84	16.2	436	83.8	520	100

P=0.05

Tabla No 1: El uso del chupete está ligado a la sensación placentera que experimenta el niño con la succión.²³ De la muestra, solo el 22.8 % presentó este hábito asociado a la interposición lingual en reposo, mientras que en el 77.2% que usaba tete, no se instauró una postura anormal de la lengua. Esto se explica, ya que alrededor de la mitad de los succionadores pertenecen al grupo etáreo de 3 – 5 años, por lo que llevan

poco tiempo expuestos a este factor de riesgo y no han adquirido una posición anormal durante el reposo.

Tabla No 2: Porcentaje de la interposición lingual en reposo relacionado con la respiración bucal.

Respiración Bucal	ILR				Total	
	SI		NO		No	%
	No	%	No	%	No	%
SI	47	27.5	124	72.5	171	32.8
NO	37	10.6	312	89.4	349	67.2
Total	84	16.2	436	83.8	520	100

P=0.00

Los datos de la Tabla 2 ilustran que el 27.5 % de la muestra examinada presenta respiración oral asociada a una postura lingual incorrecta durante el reposo, mientras que el 72.5% presenta el hábito sin consecuencias en la posición de la lengua. La respiración bucal en esta investigación, fue considerada como el hábito que más se asocia a la interposición lingual resultando significativa (P=0.00).

Tabla No 3: Distribución de individuos según interposición lingual en reposo y presencia de disfunción labial.

Disfunción labial	ILR				Total	
	SI		NO		No	%
	No	%	No	%	No	%
SI	69	24.4	214	75.6	283	54.4
NO	15	6.3	222	93.7	237	45.6
Total	84	16.2	436	83.8	520	100

P=0.00

La Tabla 3 ha relacionado la disfunción labial con la interposición lingual en reposo, sumando un 24.4 % total de afectación, el valor de Chi cuadrado muestra una relación significativa entre estos factores (P=0.00).

Tabla No 4: Distribución de individuos según interposición lingual en reposo y presencia de dientes protruidos superiores.

P=0.00

En la Tabla No 4 se observa que el 25.3% de los 190 individuos con dientes protruidos

Dientes Protruidos Superiores	ILR				Total	
	SI		NO			
	No	%	No	%	No	%
SI	48	25.3	142	74.7	190	36.5
NO	36	10.9	294	89.1	330	63.5
Total	84	16.2	436	83.8	520	100

superiores presentan a su vez lengua interpuesta en el reposo, mientras que el 74.7% de ellos no tiene esta posición anómala. Estos resultados fueron significativos según el valor de Chi cuadrado.

Tabla No 5: Distribución de individuos según interposición lingual en reposo y presencia de sobrepase.

Presencia de Sobrepase	ILR				Total	
	SI		NO			
	No	%	No	%	No	%
SI	31	8.1	350	91.9	381	73.3
NO	53	38.1	86	61.9	139	26.7
Total	84	16.2	436	83.8	520	100

P=0.00

En esta Tabla se aprecia que en 53 pacientes con interposición lingual en reposo no hay presencia de sobrepase (tienen menos de 1 mm de sobrepase, o sea que presentan relaciones de borde a borde incisal o mordida abierta anterior), para un 38.1%. Este contrasta con el 8.1% encontrado en 31 individuos que presentan una postura lingual anómala asociada a un sobrepase normal o aumentado. El valor de Chi cuadrado (P=0.00) refleja un nivel de significación entre ambos factores.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en Cuba en el 2013 el uso del tete fue encontrado en un 35.1% de la muestra. ^{11 - 16}

Anteriormente, en el año 2011, se publicaron algunas investigaciones donde se encontraron prevalencias del tete de 7.6%, 42.9%, 78% y 83.7% ^{15, 24-27}

Por otra parte, estudios recientes nacionales e internacionales, reflejan prevalencias de respiración bucal de 1.6% ²², 9.5%¹⁵ y 53.3%. ²⁸

En nuestro país recientemente se han publicado trabajos cuyos valores de incompetencia bilabial son de 35.8%, 44.4%, 53.6% y 79%. ^{16, 31-33}

La ligera presión mantenida de labios, mejillas y lengua en reposo influyen notablemente en la posición dental. Sin embargo, parece poco probable que la presión intermitente y de corta duración creada durante la deglución o el habla, tenga algún impacto significativo sobre la posición de los dientes. ⁴

Publicaciones cubanas del 2013 detectaron como la alteración de la oclusión más frecuente observadas en sus muestras la vestibuloversión de incisivos superiores (56.1% y 64.5%). ^{16, 28}

Según Proffit y Vellino la leve presión que ejercen labios, mejillas y la lengua en reposo se mantendrá durante casi todo el tiempo, es innegable que influirá en la posición de los dientes; dando lugar en el plano vertical a una mordida abierta. La apertura anterior es un estímulo para que la lengua avance y ocupe el espacio vacío, tornándose proyectada. Algunos conjeturan si fue el adelanto de la lengua lo que provocó la mordida abierta o si fue esta la que produjo la postura anterior. Es posible constatar tanto la primera como la segunda hipótesis. ^{4, 7}

CONCLUSIONES

La mayor prevalencia de interposición lingual, tanto en reposo como en deglución según los grupos de edad, estuvo representada por los pacientes entre 6 y 11 años de edad, seguida de los niños en el rango de 3 a 5 años.

Los factores de riesgo más significativos en la aparición de interposición lingual en reposo en orden decreciente fueron la Respiración bucal y Disfunción labial.

La alteración de la oclusión más asociada a la interposición lingual en reposo se observó donde no existía presencia de sobrepase y esta resultó significativa al igual que los Dientes protruidos superiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera Sánchez TV, Martínez Ramos MR, Comas Mirabent R, González Esplanger L y Perú Seguí Y. Interferencias oclusales en niños con dentición temporal y mixta temprana. MEDISAN 2015;19(3):326
2. Louly F, Aranha Nouer PR, Janson G, Pinzan A. Dental arch dimensions in the mixed dentition: a study of Brazilian children from 9 to 12 years of age. J Appl Oral Sci. 2011[citado 21 Sep 2014];19(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21552719>
3. Harnisch A, Vargas J, Torres A, Fierro C, Pérez A. Evaluación de anchos intercaninos e intermolares en escolares con dentición mixta, Comuna de Contulmo, Chile. J Oral Res. 2013;2(2):64-7.
4. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea teoría y práctica. Tercera Ed: Ediciones Harcourt, S.A, España. 2001: 2- 20.
5. González MF, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2012 [citado 16 Feb 2015] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.asp>
6. Graber T M, Rakosi T, Petrovic A G. Ortopedia Dentofacial con aparatos funcionales. Segunda edición. Ediciones Harcourt, S. A. Madrid España, 1998.
7. Vellino Ferreira F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo, Brasil. Editorial. Artes Médicas Latinoamericana, 2002. pp. 253 – 278.
8. Oliveira AC, Pordeus IA, Torres CS, Martins MT, Paiva SM. Feeding and nonnutritive sucking habits and prevalence of open bite and crossbite in children/adolescents with Down syndrome. Angle Orthodontist. 2010 [citado 16 Oct 2013];80(4):748-53. Citado en PubMed; PMID: 20482363.
9. González De Sousa NF, Flores Colmenares PG. Terapia Miofuncional como alternativa de tratamiento para evitar la Recidiva en Mordida Abierta Anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2014. [citado 5 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art35.asp>
10. García Fernandez MA. Estabilidad del tratamiento de la maloclusión de mordida abierta anterior, Revista Española Ortodoncia, 2013
11. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada 6/2/15.
12. Pellitero Reyes B.L., García Rodríguez B.,Díaz J.E. Torres E.M.: Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(3). Consultado el 14 de septiembre de 2009. Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no73/ind73.htm>
13. Urrieta E., López I., Quirós O., Farias M., Rondón S., Lerner H. 2008. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A. años 2006-2007. Consultado el día 14 de septiembre de 2009. Disponible en http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/habitos_bucales_maloclusion.asp
14. Narváez Sierra MF, Muñoz Eraso YA, Villota Bravo CD. Hábitos orales en niños de 6-10 años de la escuela Itsin de San Juan de Pasto. Revista Centro de Estudios en Salud 2010. 1(12). Pags. 27 – 33
15. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF, Zurita Murillo V, Solleiro Rebolledo MG. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2011, 68(1).
16. Álvarez-Mora I, Lescaille-Castillo Y, Mora-Pérez C, Pieri-Silva K, González-Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2013 Sep 10];11(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>

17. Martín Sanjuan C, Moreno Martín M^a C, de los Ríos de la Peña JM, Urberuaga M, Domingo Malvadi R. Hábitos parafuncionales orales en una población de pacientes especiales. Gaceta dental: Industria y profesiones, 2010. N^o. 219.
18. Acosta UPG, Rojas GAR, Gutiérrez RJF, Rivas GR. Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Oral Año 11. Núm. 33. 2010. 577-579
19. Morán V, Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2013. Consultado 6/2/15. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>
20. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [citado 5 Enero 2015]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art16.asp>
21. González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva Fors C, Cruz Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Rev haban cienc méd 2012; 11(4).
22. León Alfonso J, Carvajal Roque Y, Pérez Hermida N, Rodríguez Martín O. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. MEDICIEGO 2014; 20 (Supl.1)
23. Franco Varas V, Gorritxo Gil B. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. Anales de Pediatría [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2014];77(6):374-80. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403312001518?via=sd&cc=y>
24. Pipa Vallejo A, Cuerpo García de los Reyes P, López-Arranz Monje E, González García M, Pipa Muñiz I, Acevedo Prado A. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Avances en Odontoestomatol 2011. [citado 16 Feb 2015];27(3):137-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n3/original3.pdf>
25. Moral A, Bolívar I, Seguranyes G, Ustrell JM, Sebastián G, Martínez Barba C, et al. Mechanics of sucking: comparison between bottle feeding and breastfeeding. Madrid.BMC Pediatr. 2010;10:6. Citado en PubMed; PMID: 20149217.
26. Franco Varas V, Gorritxo Gil B. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. Anales de Pediatría [Internet]. 2012 [citado 10 Ene 2015];77(6):374-80. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403312001518?via=sd&cc=y>
27. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol 2011, 27(2).
28. Aguilera Fernández JA, Aguilera Bauzá SM, Toledo Aguilera B, Morales Corella V, Sulimán Benítez M. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en pacientes de Ortodoncia. Rev Correo Científico Médico 2013, 17(1). [citado 6 Mar 2015] Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/issue/view/18>
29. Figueroa A, Müller V, Agell A, García-Flores G. Relación entre las maloclusiones y la respiración bucal en pacientes que asistieron al servicio de otorrinolaringología del hospital pediátrico San Juan de Dios. Acta Odontológica Venezolana 2007, 45(3). [citado 6 Mar 2015] Disponible en: www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/maloclusiones_respiracion_buca.asp
30. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontoestomatol 2011, 27(2).
31. Carmona Vidal E, Ayala Pérez Y, Rodríguez Carracedo E, Díaz Morell JE, Martínez Rojas CE. Lesiones traumáticas orales en la infancia. Correo Científico Médico de Holguín 2010; 14(1)

32. Pérez Cordero Y, Fernández Collazo ME, Rodríguez Soto A, Vila Morales D. Influencia del sobrepase y la incompetencia bilabial como factores predisponentes de traumatismos dentoalveolares. Rev Cubana Estomatol 2011;48(4).
33. de Armas Gallegos LI, Llanes Rodríguez M, Montero Contis S, Cruz Rivas Y. Análisis ortodóncico del trauma dental en pacientes atendidos en la consulta de urgencia. En: Congreso Internacional Estomatología 2010. (CD- ROM).